

健康保険被保険者証回収不能届

① 被保険者証 記号 番号		(記号) ○○○○		
		(番号) ○○○		
② 被保険者の氏名	機缶 太郎		③ 性別	男・女
			④ 生年月日	昭和 平成 ○○年○○月○○日
⑤ 被保険者の現住所 または最後の住所		〒○○○-○○○○ (電話番号) ○○ ○○○○ ○○○○ 東京都江東区○○1-2-3		
⑥ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 ○○年○○月○○日	⑦ 被保険者の資格 を喪失した日	令和 ○○年○○月○○日	
⑧ 資格喪失事由	退職・解雇・死亡	⑨ 被保険者の近況	資格喪失事由	
⑩ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払い金の有無			有 ・ 無	
⑪ 回収不能となった証の枚数	2 枚			
⑫ 回収不能となった者の氏名	機缶 太郎			
	機缶 花子			
⑬ 督促年月日		⑭ 被保険者証返納督促方法		
令和 ××年××月××日		電話 ・ 文書 ・ メール ・ 口頭 / 応答 (有・無)		
令和 ××年××月××日		電話 ・ 文書 ・ メール ・ 口頭 / 応答 (有・無)		
令和 ××年××月××日		電話 ・ 文書 ・ メール ・ 口頭 / 応答 (有・無)		
令和 年 月 日		電話 ・ 文書 ・ メール ・ 口頭 / 応答 (有・無)		
うえのとおり催促しましたが被保険者証を回収することができません。 なお、今後も回収に努め、回収したときは直ちに返納いたします。 令和 年 月 日				
事業所所在地			受付印	
事業所名称				
事業主氏名				
電話番号 ()				
社会保険労務士の提出代行者欄				

(注意事項)

(ア)この届出書は、被保険者の所在不明により被保険者証の回収ができない場合、または再三の返納督促にもかかわらず被保険者証を返納しない場合に提出するものです。
(イ)ご記入があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線抹消し、正しい内容と氏名(フルネーム)をご記入ください。